

УДК 616.133/.134+616.137.83/.93-044.6-06:617.58-005.4-089-059

© Колектив авторів, 2011.

ЗНАЧЕННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЗИЦІЙНОЇ КОМПРЕСІЇ СУДИН ШИЇ І ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА У ПРОФІЛАКТИЦІ ТРАНЗИТОРНИХ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ІШЕМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

В.А. Черняк, В.М. Роговський, С.В. Дибкалюк, В.В. Яцун, О.М. Борківець
Клініка судинної хірургії

PREHOSPITAL DIAGNOSIS OF TRANSIENT CEREBRAL ISCHEMIC DISORDERS CAUSED BY POSITIONAL COMPRESSION OF THE NECK VESSELS AND SHOULDER GIRDLE

V.A. Cherniak, S.V. Dibkalyuk, V.M. Rogovsky, V.V. Yatsun, O.M. Borkivets

SUMMARY

The paper presents data on the use of functional tests for the diagnosis of circulatory disorders of the head in an outpatient setting. The efficiency of diagnostic methods extravasal compressions of the neck vessels.

ДОГОСПІТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПОЗИЦІЙНОЇ КОМПРЕСІЇ СОСУДОВ ШЕЇ І ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАНЗИТОРНИХ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ІШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

В.А. Черняк, В.М. Роговський, В.В. Яцун, А.Н. Борківець

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные о применении функциональных проб для диагностики нарушений кровообращения головы в амбулаторных условиях. Показана эффективность методов диагностики экстравазальных компрессий сосудов шеи.

Ключові слова: функціональні проби, транзиторні ішемічні атаки, екстравазальна компресія судин шиї.

Транзиторні ішемічні атаки (ТІА) - короткочасні епізоди локальної ішемії головного мозку або сітківки, які зазвичай тривають не більше однієї години і не призводять до утворення інфаркту головного мозку [6]. У 30-50% хворих, що перенесли ТІА, протягом наступних 5 років розвивається інсульт [1]. Ризик розвитку інсульту становить 10-20% у найближчі три місяці з моменту ТІА, він максимальний протягом першого тижня [3].

Після ТІА також істотно зростає ризик інфаркту міокарда та смертності від серцево-судинних захворювань [4].

Профілактика інсульту складає одне з провідних напрямків ведення пацієнтів, що перенесли ТІА, тому що у них вірогідність інсульту збільшується більш ніж у десять разів [1-3].

ТІА приблизно в 90-95% випадків викликані атеросклерозом церебральних і прецеребральних артерій, ураженням дрібних церебральних артерій внаслідок артеріальної гіпертонії, цукрового діабету або кардіогенною емболією [2]. Атеросклероз представляє найбільш часте захворювання церебральних і

прецеребральних артерій, що викликає ТІА. Однак існують і інші причини розвитку ішемії головного і спинного мозку, актуальність вивчення яких зростає у зв'язку з тим, що виникають вони в осіб молодого віку. Це специфічні синдроми та розлади, викликані позиційною екстравазальною компресією плече-головних судин.

Метою роботи стала популяризація результатів діагностики транзиторних церебральних ішемічних порушень, викликаних позиційною компресією судин шиї і плечового пояса на догоспітальному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з 2008 по 2010 р.р. під нашим наглядом перебувало 3558 хворих з транзиторними церебральними ішемічними порушеннями, викликаними позиційною компресією судин шиї і плечового пояса, з яких 337 були оперовані. У всіх хворих нами були виділені декілька причин розвитку функціональної компресії хребцевої артерії і судин плечового поясу, які перераховані нижче - у міру їх появи та значущості.

1. Здавлення хребцевої артерії та вени м'язами і фасціями, що формують скалено-вертебральний ка-

нал: Медіально-нижньою косою частиною довгого м'яза шиї (m. longus colli). Збоку - переднім східчастим м'язом (m. scalenus anterior). Спереду - передхребцевою пластинкою (lamina prevertebralis) шийної фасції, що покриває глибокі м'язи шиї, утворюючи фасціальні піхви для сходових м'язів, з боків фіксуючись до передніх горбиках поперекових відростків шийних хребців, а знизу прикріплюється разом зі сходовими м'язами до I-II ребер. Позаду - середнім східчастим м'язом (m. scalenus medius) і передніми міжпоперековими м'язами шиї (mm. intertransversarii anteriores cervicis) (1786 хворих).

2. Здавлення хребцевої артерії та вени у скалено-вертебральному каналі голівкою додаткового шийного ребра (772 хворих).

3. Здавлення хребцевої артерії і вени у скалено-вертебральному каналі патологічно подовженим поперековим відростком C₆-C₇ (99 хворих).

4. Здавлення хребцевої артерії та вени у скалено-вертебральному каналі остеофітами поперекових відростків C₆-C₇ (88 хворих).

5. Здавлення хребцевої артерії та вени у скалено-вертебральному каналі ганглієм симпатичного шийного стовбура (84 хворих).

6. Здавлення хребцевої артерії та вени тілом хребця C₆ при аномально високому їх входженні в канал поперекових відростків (78 хворих).

7. Здавлення хребцевої артерії та вени патологічно зміненим середнім сходовим м'язом в місці її проксимального кріплення (76 хворих).

8. Здавлення підключичної артерії в місці прикріплення сходових м'язів біля першого грудного ребра (56 хворих).

9. Здавлення підключичної артерії між першим ребром, ключицею і підключичної м'язом (38 хворих).

10. Здавлення підключичної артерії в звуженій ділянці, утвореній дзьобоподібним відростком лопатки, сухожиллям малого грудного м'яза і реберно-дзьобовидною зв'язкою (36 хворих).

11. Здавлення плечової артерії між голівками середнього нерва (22 хворих).

12. Сполучення перерахованих вище факторів (400 хворих).

Зустрічалися варіанти екстравазальної компресії при збільшених розмірах вищеперелічених м'язів, інших вроджених аномаліях, крайньому ослабленні м'язового пояса, розщепленні перший ребер, попередніх переломах і організованих гематомах в області скалено-вертебрального каналу шиї (23 хворих).

Особливістю порушень кровообігу голови, шиї і верхніх кінцівок при перелічених вище випадках є їх незначність в стані функціонально спокою і особлива важкість при навантаженні. Тому виявити такі порушення було непросто, але проведення функціональних проб допомогло на догоспітальному етапі виявити напрямок пошуку проблем і допомогти при постановці діагнозу. Основними з цих функціональних

проб були:

1. Реберно-ключична проба: обстежуваний в положенні сидячи відводить плечі вниз і назад. Поява шуму під ключицею або ослаблення пульсу на променевої артерії свідчать про позитивну пробу.

2. Проба з надмірним відведенням: максимальне відведення верхньої кінцівки зменшує пульс в дистальних відділах.

3. Проба Адсона. Обстежуваний повертає голову в уражену сторону і робить глибокий вдих при максимально розігнутій шиї, при цьому зникає пульс на променевої артерії.

4. Проба Аллена: при слабо стиснутій в кулак кисті перетискають артерії передпліччя і по черзі відпускають, стежачи за забарвленням шкірних покривів.

5. Проба на визначення переміжного болю: при піднятих, відведених в сторони і розгорнутих назовні руках хворий швидко стискає й розтискає кулаки, через що при зниженні кровотоку через кілька секунд розвивається біль (здорова людина виконує вправу без болю протягом хвилини).

6. Розроблений нами комплекс функціональних проб для виявлення компресії хребцевих артерій і вен під контролем УЗД в триплексному режимі, МРТ в судинному режимі, МСКТ з контрастуванням судин і прямої ангиографії [5].

ВИВОДИ

Зазначена технологія діагностики транзиторних церебральних ішемічних порушень, викликаних позиційної компресією судин шиї і плечового пояса, виявилася ефективною як до операції, так і для контролю післяопераційних результатів лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Болезни нервной системы / И.В. Дамулин, В.А. Парфенов, А.А. Скоромец, Н.Н. Яхно. - М.: Медицина, 2005. - Т.1. - С. 231-302.

2. Парфенов В.А. Повторный ишемический инсульт и его профилактика у больных с артериальной гипертензией / В.А. Парфенов, С.В. Гурак // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. - 2005. - № 14. - С. 3-7.

3. Johnston S.C. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. / S.C. Johnston, D.R. Gress // JAMA. - 2000. - № 284. - P. 2901-2906.

4. Touze E. Risk of myocardial infarction and vascular death after transient ischemic attack and ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. / E. Touze, O. Varenne // Stroke. - 2005. - № 36. - P. 2748-2755.

5. Покровский А.В. Хирургическое лечение сочетанных поражений различных артериальных бассейнов / А.В. Покровский, В.Н. Дан // Хирургия. - 1990. - № 2. - С. 62-66.

6. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №32271. Стаття «Відкриття патогенезу хронічної церебро-спинальної венозної недостатності» // В.Ю. Зоргач, В.А. Черняк, В.Г. Мішалов та інші. Дата реєстрації 01.03.2010.